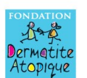


À l'initiative de la Fondation pour la Dermatite Atopique et du GET




Sous l'égide de la Société Française de Dermatologie et de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique

Journée nationale de formation sur l'Éducation Thérapeutique du patient dans la Dermatite Atopique

14 novembre 2013



COMPTE-RENDU

réalisé par P. Dessart











14 novembre 2013

Journée nationale de formation sur l'Éducation Thérapeutique du patient dans la Dermatite Atopique

Les objectifs principaux de cette journée étaient :

- Une amélioration de la prise en charge du patient atteint de DA par une acquisition renforcée des connaissances sur la pathologie et les traitements, mais également un développement de la maitrise de la prescription
- Une harmonisation du discours dans le parcours de soin du patient attient de DA en formant l'ensemble de la chaine des professionnels de sante impliquées
- Une ouverture vers l'éducation thérapeutique pour le praticien libéral et le pharmacien avec des propositions d'auto évaluation

Intervenants :

Pr L. Martin,
Dr M. Avenel-Audran,
Dr C. Giard,
Dr M. Guérin-Moreau,
Dr E. Mancel,
Mme M.-E. Sarre,
L. Bosquet,
L. Garnier,
H. Humeau,
C. Robin
Service de Dermatologie – CHU d'Angers

Mme S. Chantrel
Cellule transversale d'ETP

Mme L. Spiesser-Robelet
Pharmacie CHU d'Angers

Programme

9H00 Accueil
9H30 Introduction
Pr L. Martin Chef du Service de Dermatologie du CHU d'Angers

9H40 Comprendre la dermatite atopique
- Actualisation sur la physiopathologie *Dr M. Avenel-Audran*
- Clinique et stratégie thérapeutique *Dr C. Giard*
- La DA est-elle une maladie allergique ? *Mme M-E. Sarre*
- Traitements systémiques de la DA *Dr M. Avenel-Audran*

11H00 Pause

11H30 Causes d'échec dans la DA
- Dermocorticoïdes : mode d'emploi *Dr M. Guérin-Moreau*
- Corticophobie *Dr E. Mancel*

12H30 Le point sur l'ETP dans la DA
- Présentation du film du Dr C. Bernier
- Commentaires *Mme S. Chantrel*

12H45 Les pharmaciens et l'ETP
Mme L. Spiesser-Robelet

13H00 Déjeuner

14H00 - 16H00 Ateliers
- Atelier Pharmaciens (1H) : ETP en officine *L. Spiesser-Robelet*
- Atelier Dermocorticoïdes et émollients (1H) : galénique et mode d'emploi *L. Bosquet et L. Garnier*
- Atelier Posture éducative

16H00 Conclusion
Dr M. Avenel-Audran

Introduction *Pr L. Martin*

- Deuxième édition nationale, première édition à Angers.
- Grande prévalence de la dermatite atopique (DA). Prise en charge inadaptée ou insuffisante trop fréquente. Ceci illustre la complexité de la maladie.
- Problème de corticophobie : les dermocorticoïdes sont souvent mal utilisés et sous dosés.
- L'objectif de cette journée est d'améliorer la prise en charge des patients et d'harmoniser le discours dans le parcours de soins.

Comprendre la dermatite atopique

1. Actualisation sur la physiopathologie *Dr M. Avenel Audran*

Qu'est ce que l'atopie ?

En grec, topos (pluriel topoï) = lieu soit lieu commun en rhétorique et A = préfixe privatif

atopie = qui n'est pas commun.

En médecine : prédisposition héréditaire et manifestations d'inflammation (DA, asthme allergique, rhinite allergique).

Physiopathologie complexe

Facteurs génétiques prédisposants : constituants de la barrière cutanée, acteurs de l'immunité acquise et adaptative.

- L'altération de la barrière cutanée : La filaggrine participe à la fonction barrière de la peau. Protéine mutée dans l'ichtyose vulgaire mais également chez 1/3 des atopiques. D'autres protéines peuvent être mutées (Claudine-1, SPINK5..).
- Pénétration plus facile des antigènes avec la cellule dendritique comme pivot essentiel.
- Altération de l'immunité innée : sensibilité particulière aux infections et diminution de la réaction naturelle de défense.
- Dysfonctionnement de l'immunité adaptative avec inversion de la balance Th1 et 2 au moins en phase aiguë, théorie de la dermite de contact aux pneumallergènes de JF Nicolas.
- Le microbiome cutané par analogie au microbiome intestinal : germes avec lesquels nous vivons en harmonie. En cas de DA, diminution de la diversité du microbiome cutané lors des poussées en faveur du Staphylocoque qui colonise la peau.

Facteurs environnementaux : hygiène, vie en milieu protégé (théorie hygiéniste, exemple : à la chute du mur de Berlin, plus de DA en Allemagne de l'Ouest !), allergènes de l'environnement (théorie de la marche atopique), irritation/ grattage, stress.

Conclusion :

- Probablement, différents types de DA en fonction des gènes variants. Des espoirs de thérapie ciblée.
- Des pistes pour mieux traiter en limitant les facteurs environnementaux et en luttant contre la réaction inflammatoire

2. Clinique et stratégie thérapeutique *Dr C. Giard-Vandamme*

Clinique

Signes majeurs: lésions aigües (érythémateuses, œdémateuses, vésiculeuses, suintantes puis croûteuses), lésions chroniques (peu inflammatoires et rugueuses puis lichénifiées), xérose cutanée, prurit.

Signes mineurs : pli de Dennie Morgan, fissures sous auriculaires, dartres achromiques, hyperlinéarité palmo plantaire.

Complications : surinfection bactérienne, virale et dermite de contact.

Examens complémentaires : Le diagnostic est clinique et anamnestique !

Traitement

- soins d'hygiène et conseils : bain tiède, lavage avec les mains, éviter les vêtements synthétiques...
- topiques à visée anti inflammatoire : dermocorticoïdes sur les lésions actives et jusqu'à disparition sans décroissance à l'arrêt, inhibiteur de la calcineurine topique en deuxième intention.
- restauration de la barrière cutanée transitoire : émollients : 1 à 2 fois par jour.
- éducation thérapeutique
- cure thermale : aussi dans un but d'éducation thérapeutique.

3. La DA est-elle une maladie allergique ? *Mme Marie-Elodie Sarre*

Faut-il rechercher une allergie alimentaire (AA) chez un enfant atteint de DA ?

 NON

Est-il justifié de proposer un régime d'éviction dans une DA sans signe d'allergie alimentaire ?

 NON

Une AA peut-elle se manifester par une DA isolée ?

Une AA peut déclencher une poussée et/ou agir comme un facteur aggravant. CAT : épreuve éviction réintroduction

3 indications des tests allergologiques :

DA grave malgré une bonne observance et un traitement bien conduit, stagnation ou cassure de la courbe staturo pondérale, signes associés évoquant une AA, une allergie respiratoire ou de contact.



4. Traitements systémique de la DA *Dr M. Avenel-Audran*

Indications : DA sévère après échec des autres traitements (Problème de l'observance…30% des patients suivent une prescription médicale de topiques..). A réserver plutôt à l'adulte.

Photothérapie : UVB TL01, UVA1 (phase aiguë, coût élevé), avenir : photothérapie à domicile ?

Corticothérapie systémique : rapidement efficace, très utilisée en Suède mais effets secondaires...

Ciclosporine : bien supportée en cures courtes chez le sujet jeune. Surveillance tension artérielle.

Azathioprine : délai d'action long (6 à 8 semaines), surtout utilisé à Bordeaux.

Méthotrexate : très utilisé mais pas d'études contrôlées.

Biologiques : omalizumab, rituximab, infliximab …Essais non concluants.

Perspectives : toll like receptors, défensines humaines…

Conclusion : Nombreux traitements systémiques car aucun n'est très efficace ou très sûr sur le long terme.

Causes d'échec dans la DA

1. Dermocorticoïdes : mode d'emploi *Dr M. Guerin-Moreau*

Propriétés pharmacologiques : anti inflammatoire, anti proliférative, anti synthétique et immunosuppressive.

De nombreuses nomenclatures : préférer la suivante :activité anti-inflammatoire très forte, forte, moyenne ou faible.

Choix du dermocorticoïde et de son excipient en fonction de la nature et de la localisation de la lésion à traiter.

Unité phalangette. Une phalange pour deux paumes de mains.

Effets indésirables rares et souvent en lien avec un mésusage. Penser à l'allergie de contact à l'excipient ou au dermocorticoïde lui-même.

Bien connaître les dermocorticoïdes est la première étape pour lutter contre la corticophobie.

2. Corticophobie : vingt minutes pour convaincre ! *Dr E. Mancel*

Dermocorticoïdes : pierre angulaire du traitement, « simple et efficace ».

La corticophobie est culturelle et omniprésente en France (80% en France contre 40 à 70% dans la littérature étrangère). Même le Vidal se méfie des dermocorticoïdes. « La plupart du temps, les patients ne mettent pas de mots sur leurs craintes ».

Obstacle à la prise en charge : toute la famille vit au rythme du prurit, des troubles du sommeil et des soins.

Comment y remédier ? Communiquer et assurer un suivi régulier pour prévenir la démotivation, rédiger une ordonnance claire et précise, auto évaluation ludique par PO SCORAD, donner des exemples simples et imagés (on traite forcément une crise d'asthme), démonstration d'application lors de la consultation.

Le point sur l'ETP dans la DA

1. Présentation du film du Dr C. Bernier. commentaires de *Mme S. Chantrel*

- « Avec une meilleure compréhension, il se pourrait qu'il y est une meilleure observance, un meilleur échange entre professionnels de santé, le patient et sa famille. »
- « Sortir du rôle prescriptif et informatif.»
- « Assurer une continuité entre l'hôpital et la ville »

2. Témoignage de *Mme P. Jorré,* membre de l'association française de l'eczéma

- « Prescription à mettre dans le contexte d'une personne comme juste équilibre de la contrainte entre la maladie et le traitement. »
- « Cette maladie qui nous tire vers le bas mais pas tous à la même vitesse »
- « Je suis un outil d'information. »

Les pharmaciens et l'ETP

Dr L. Spiesser-Robelet

Mission optionnelle du pharmacien.

Pharmacien, acteur de proximité avec une connaissance globale du patient et une disponibilité sur de longues plages horaires.

Les ateliers

1. Atelier posture éducative :

Répartition en deux groupes variés (pédiatres, médecins généralistes, infirmières, aides soignantes, dermatologues). Critique de deux vidéos caricaturales puis discussion.

Points importants soulevés : communiquer avec le patient (questions ouvertes, reformulation, attitudes non verbales), intérêt d'une relation pédagogique.

2. Atelier Dermocorticoïdes et émollients : galénique et mode d'emploi.

Wet wrapping : techniques et indications.

Comment choisir son émollient? Jeux où l'on devait deviner la galénique (cérat, baume, crème…)

Merci à tous et à toutes pour leur implication

dans ce projet d'éducation thérapeutique.



